

南北韓 保健醫療統合의 方向과 政策課題

朴 仁 和* · 文 玉 綸**

통일한국이 지향해야 할 보건의료정책의 基本方向을 ① 남북한 주민의 健康權保障, ② 自由民主主義 및 市場經濟體制를 지향하는 통합추진 및 ③ 보건의료의 公益性을 감안한 政府의 役割增大라고 설정, 이를 토대로 남북한 보건의료 통합방안을 설계하였다.

「민족공동체 건설을 위한 3단계 統一方案」에 따라 漸進的이며 段階的으로 統一이 추진되는 경우, 보건의료 통합과정을 예상해 보면 ① 「交通協力擴大期」에서는 人的, 物的 및 技術的 교류를 통하여 상호신뢰와 협력을 증진시켜 통합보건의료의 基盤을 形成하고, ② 「制度調整期」에는 남북한의 현실에 적합한 制度를 共同摸索하는 시기로서 「南北韓 保健醫療保障協議會」를 구성하여 통합을 준비하며, ③ 統合模型을 계획에 따라 執行하게 되는 「發展的 統合期」에 이르러서는 통일한국에서의 동질적이고 발전적인 保健醫療制度가 각 부문에 걸쳐 施行되도록 한다.

한편 예기치 않은 순간 갑자기 닥쳐올 수도 있는 急進的 統一의 경우에는 ① 북한주민을 위한 緊急 救護/防疫 支援이 우선적으로 이루어지도록 하고, ② 暫定的으로 既存 北韓制度를 下部構造로서 유지하면서 북한의료체계의 전면적 崩壞를 防止하도록 하며, ③ 북한의료인에 대한 免許制度를 도입하고, ④ 남한으로 이동하는 북한주민을 위해서는 「緊急救護令」에 의하여 서비스를 제공토록 하는데 역점을 두고 통합방안을 제시하였다.

I. 研究背景

독일의 통일, 동유럽의 붕괴, 그리고 소련체제의 대변혁으로 상징되는 동서간 정치구도의 변동과 함께 「脫冷戰 시대」가 도래되면서 한반

도에도 이러한 영향이 세차게 밀어닥치고 있다. 국제정세 변화와 더불어 남북한 통일문제가 부각되면서, 南北間의 交流가 이루어지고, 남북관계 개선과 평화공존을 위한 「南北 基本合意書」가 이미 교환된 바 있다.

* 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

** 서울대학교 보건대학원 교수

· 이 글에 관하여 매우 유익한 論評을 주신 鄭敬培 박사님께 감사드립니다. 그러나 이 論文에서의 어떠한 誤謬도 필자들의 몫입니다.

그리고 금년 제 49주년 8·15경축사에서는 全世界와 人類가 이미 냉전 대신 自由化, 福祉化, 開放化의 길을 걷고 있다는 인식에 따라 더불어 함께 사는 「민족공동체 建設을 위한 3단계 統一方案」이 제시되었다.

이처럼 통일이라는 숙명적 과제가 강도있게 다가오고 있는 현실에서, 보건의료부문에서도 양 체제에 관한 검토를 토대로 통일과정에서의 問題點과 對策을 심도있게 논의함이 요구된다. 독일의 경험에서 알 수 있듯이, 독일경제를 침체의 늪으로 몰아넣은 엄청난 통일비용과 동서독 주민들 사이에 쌓여가는 마음의 장벽 등 독일 통일병의 원인은 「준비가 미흡한 상태에서의 통일」에 근원적 이유가 있었음이 지적되고 있다(연합통신, 1993 : 235).

거의 분단 반세기에 이르는 기간동안 우리는 시장경제 질서를 바탕으로 민간주도형 의료체제를 유지하면서 「全國民 醫療保障制度」를 구축하였고, 북한은 사회주의 보건제도에 토대를 둔 「북한식 보건의료제도」를 정착시켜 왔다.

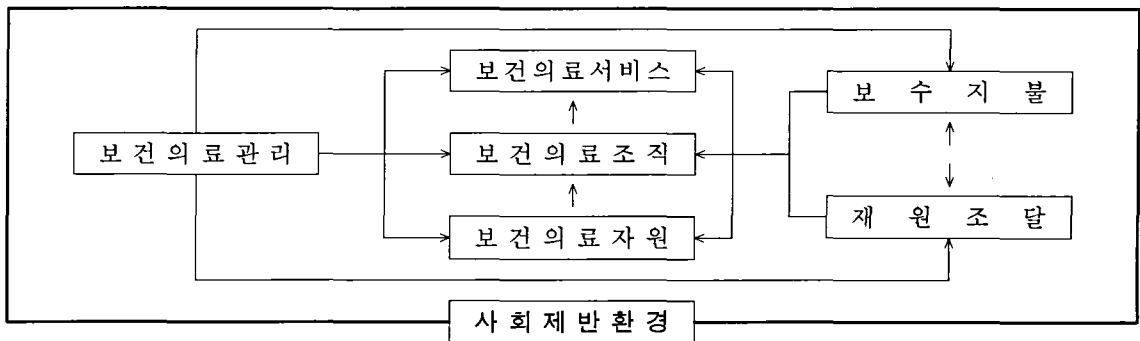
그러므로 改革과 開放의 시대를 맞아 통일기반을 형성하고 統一後 運營되어야 할 보건의료 보장체제를 研究함에 있어서 ① 북한의 경제·사회적 상황과 보건의료제도에 관한 비교분석을 토대로, 南北韓 既存 保健醫療制度의 發展과 더불어 통일후 운영되어야 할 保健醫療保障

體制를 研究檢討해야 하며, ② 통일후의 통합 보건의료제도에 대한 確立方案이 準備되어야 하고, ③ 남북한의 보건의료제도가 어떻게 相互 補充되어야 하는지를 여러 각도에서 논의해야 할 것이다.

따라서 본 연구에서는 남북 교류시 보건의료 부문에서 걸림돌이 될 수 있는 懸案에 대한 인식을 토대로, 통일에 대비하여 새로운 제도를 수립해 나아가는데 필요한 政策代案을 제시하고자 한다.

II. 南北韓 保健醫療制度 比較

통일한국의 보건의료보장에 관한 청사진을 개발하자면, 남북한의 比較를 토대로 제도 및 운용상의 문제점을 도출하여, 동분야 발전방안 모색에 基礎資料로 활용해야 할 것이다. 따라서 [圖 1]과 같이 보건의료제도가 제반 환경을 포괄하는 전반적 사회체제 내에서 작동하고 있으며, 이는 보건의료관리체제, 보건의료자원, 보건의료조직, 서비스 전달체계, 재원조달체계 및 보수지불체제로 구성된다(WHO, 1984 : 15)고 간주하여, 각 내용별로 양 체제에 관한 비교분석을 실시하였다(문옥륜외, 1992; 변중하외, 1993).



[圖 1] 保健醫療制度의 比較를

1. 保健醫療 管理體系

보건의료 관리체계는 보건의료의 하부구조가 올바르게 기능하도록 관리, 행정하는 체계로서 그 사회의 역사, 문화 및 가치관의 영향을 크게 받는다. 분단이후 남북한은 자유 민주주의와 공산주의라는 異質的 社會體制를 발전 유지시켜 왔으므로, 보건의료 관리체계 역시 상이함을 말할 나위가 없다.

따라서 보건의료관리의 가장 중요한 기능인 「리더쉽」(leadership), 「意思決定」, 「規制」의 세 영역을 중심으로 양 체계를 비교해 보면 첫째, 남한의 경우 과거 권위주의적 정부 하에서 노정되었던 리더쉽 유형을 탈피하여 民主的이며

參與的 유형으로 이행하고 있는 반면, 북한에서는 공산당의 독재적 리더쉽이 현존하고 있다.

둘째, 남한에서는 다양한 이해관계 집단이 보건정책에 관한 의사결정과정에 참여하는 多元主義的 구조임에 비하여, 북한에서는 기획, 실행, 감사, 평가 및 정보지원 등 주요 의사결정과정 전반에 걸쳐 공산당과 정부가 一方的으로 힘을 행사하는 구조를 갖고 있다.

셋째, 規制的 側面에서는 남한의 경우 유인과 통제의 混合方式을 쓰고 있는 반면, 북한에서는 統制 일변도의 관리방식을 유지하고 있다 (<表 1> 참조).

<表 1> 南北韓 保健醫療 管理體系的 比較

구 분	남	한	북	한
의사결정과정	- 복합적이고 다원적임		- 단순하고 일원적임	
정책결정방식	- 지방 분권적 형태로 이행중이나 중앙의 기능이 여전히 큼		- 당 위주의 중앙집권적 방식	
리더쉽 유형	- 민주적 리더쉽으로 이행중		- 공산당의 독재적 리더쉽	
조정기능	- 부처간 조정기능 미흡		- 일사불란한 획일주의	
정책수단 확보의 용이성	- 민간부문의 의존도 높아서 정책수단 확보가 어려움		- 공공 일변도이므로 정책수단 확보가 용이함	
기능분담	- 부문간 기능분담이 어려움		- 민간부재로 기능분담 용이	
규제방식	- 유인과 통제의 혼합		- 철저한 통제 위주	
정보지원 기능	- 개방적이며, 지원 정보량 증가추세		- 폐쇄적이며, 정보지원 원활치 못함	
이익집단의 역할	- 이익집단 조직화로 이해관계 및 갈등 증폭		- 당 지배로 이익집단 무기력화	
국민불만 해소기구	- 소비자운동 활성화		- 소비자운동 부재	

이와 같이 남북한의 보건의료 관리체계를 검토해 볼 때, 남한의 경우에는 서로 다른 계층간의 이해가 조화롭게 반영되도록 하는 제도적 장치의 개발노력이 요구되며, 북한에서는 폐쇄적이고 일원적 관리구조를 탈피하여 국민의 요구를 반영할 수 있는 開放的이고 民主的 의사

결정구조로의 變化가 바람직할 것이다.

2. 保健醫療資源

보건의료자원은 인적, 물적 및 정보자원으로 구분된다. 이 가운데 물적자원과 정보자원을 활용하는 주체이며 핵심적 자원인 人的資源은

나라마다 그 종류가 다양한데, 크게 서비스를 직접 생산하는 인력¹⁾과 간접적으로 이를 지원하는 인력²⁾으로 구분되며, 이러한 사항은 인력의 종류, 규모, 분포 및 자질의 문제로 귀결된다. 物的資源 중 대표적인 것은 의료시설과 장비, 병상, 의약품 및 소모품 등이다. 동 자원은 그 구성과 조직, 수, 규모, 분포 및 관리문제가 주요요소이며, 특히 약제 생산, 유통 및 소비는 국민 의료비에 커다란 영향을 미친다. 情報資源에는 보건의료 지식, 각종 자료, 의료 및 관리기술이 포함되는데, 이중 핵심인 보건의료 지식은 의료기술의 형태로 구체화되며, 관리기술은 조직규모가 커지고 복잡해질수록 중요성이 증가하게 된다.

남북한 의료제도상의 차이도 근원적으로는 의료자원의 所有形態와 構成方式에서 비롯된다고 할 수 있는데 보건의료 서비스를 가능케 하는 자원의 생산과 분배기전에서 남북한 간에는 현저한 차이가 있다. 남한에서는 자원의 생산과 분배가 전적으로 시장경제체제를 따르고 있어서 민간부문이 주로 진료서비스를 담당하며 국가는 취약/특정 집단을 우선대상으로 서비스를 제공하는 混合 保健醫療體制의 특성을 띠고 있다. 북한의 경우 자원의 생산과 분배가 계획경제의 틀에 따라 이루어지므로 운용과정이 보다 경직되어 있고 더 官僚主義的이다.

資源規模를 보면, 醫師人力의 경우 북한이 수적으로는 약간 더 많지만, 그 質(진료기술 등)은 상당히 열등할 것으로 예상되어 남북한

간 의료기술 수준을 평준화시키는 과제가 향후의 관심사로 대두되고 있다. 남북한간 의학기술상의 격차를 인력구성에서 찾아보면, 남한에서는 非醫師 의료인력이 증가추세이므로 서비스 제공상 팀웍이 증시되는데 비하여, 북한에서는 의사 중심의 單獨醫療가 행해지고 있는 것으로 보인다(변종화 외, 1993 : 99).³⁾

物的資源은 남한이 수량적으로 우세하지만, 이 격차 이상으로 質的 隔差 역시 큰 것으로 보인다. 첨단 의료장비나 의약품의 경우, 이러한 격차가 극대화를 이루고 있어서 상호간 이질성 극복에 상당한 시간과 투자가 수반되어야 할 것이다.

의료자원의 空間的 分布는 북한이 상대적으로 균등한 가능성이 있다.⁴⁾ 그러나 북한의 경제사정이 열악하기 때문에 醫藥品과 醫療機資材 不足이 지역을 불문하고 極甚한 것으로 알려져 있어서, 자원의 균점분포가 실제 주민을 위한 보건의료혜택으로 직결되기 어려운 상황으로 받아들여진다. 한편 자유경제체제의 남한에서는 수요가 큰 도시지역에 자원이 집중됨은 피할 수 없는 현상이라고 하겠다(<表 2> 참조).

1) 의사, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사, 조산사 등

2) 전산요원, 임상병리사, 치과기공사, 의무기록사, 영양사, 간호조무사, 행정관리요원 등

3) 1982년 기준 의사 대 의료보조인력 비는 남한에서는 5.7, 북한에서는 1.7로 나타났다.

4) 월남 귀순의사 김만철씨가 제공한 함경북도 의료기관과 의사수를 기준(1986년말 현재)으로 북한전역에 의사배치수를 추정해 보면, 약 68%의 의사가 군과 리 단위에 배치되어 있는 것으로 나타나(변종화외, 1993 : 111), 북한의 국영의료방식에서는 의료자원의 계획적 배분이 상대적으로 용이하다고 볼 수 있는 측면이 있다.

<表 2> 南北韓 保健醫療人力의 比較

구 분	남	북	한
의료인 면허·자격제도 인력양성체제	- 국가나 전문의료단체가 의료인의 면허 및 자격제도 관장 - 의과대학, 치과대학, 한의과대학, 약학대학으로 구분되는 분리체제하에서 해당인력 양성	- 졸업과 동시에 자동적으로 자격 취득 - 의학대학 산하에 의학부, 동의학부, 구강학부, 약학부를 두고 있는 통합체제하에 해당인력 양성	
의사의 종류	- 의사, 치과의사, 한의사로 대별	- 의사, 부의사, 위생의사, 동의사, 치과의사, 준의사, 약사로 다양	
의료관련인력	- 고도로 세분화 - 종사자수 계속 증가함	- 기능적으로 미분화 - 중등보건의료인력으로 포괄적 명명	
인력 기술수준 향상수단	- 능력별 보직제도 및 보수 차등화	- 승진시험제도 및 급수유지 시험제도	
사회적 대우	- 타 직종에 비해 상대적으로 고소득이나, 의료인 상호간 소득격차 심함	- 보수수준 전반적으로 낮으나, 상호 소득격차 적음	
의사·약사 1인당 인구수(1990년)	- 451명(의사, 치과의사, 한의사, 약사 포함)	- 350명(의사, 치과의사, 동의사, 위생의사, 약사 포함)	

자료 : 1) 변중화 외(1993 : 113)
2) 통일원(1992 : 16, 104)

3. 保健醫療組織

現代 保健醫療의 큰 특징은 組織化이다. 보건자원을 합리적으로 이용하여 소기의 목적을 효율적으로 달성하자면 보건의료의 組織化가 요구된다. 따라서 의료행위는 의료 소비자와 공급자를 기본 축으로 하되, 정부와 보험자 등의 공공조직이 주체로 참여하게 되는 集合의 關係 하에서 이루어지게 된다.

보건의료부문의 사회적 조직은 일반적으로 정부보건조직, 의료보험조직, 기타 공공보건기관, 민간의료기관, 단독기관의 등의 형태로 존재하게 되는데, 각 조직체계 내에서의 기능, 역할 및 위상은 전반적 사회체제와 보건의료체제의 유형에 따라 달라진다.

남북한의 사회체제가 상이하듯이 보건의료조직 역시 남한은 民間主導型 조직체계를, 그리고 북한은 政府中心의 조직체계를 갖추고 있음이 특징적이다. 남한의 보건의료 조직체계는 공공부문과 민간부문이 혼합된 체계로서 양 부문이 견제와 균형을 통하여 효율을 높이는 점은 남한의 조직체계가 갖는 장점이다. 그러나

민간부문에 대한 과도한 의존은 문제가 아닐 수 없다. 보건의료 서비스의 특성상 公共部門의 介入과 主導는 필수적인데 가용의료자원의 대부분을 민간이 점유하고 있어서 자원의 지역간 不均衡 分布, 의료의 상품화, 예방보건사업의 부실 등이 단점으로 지적된다.

북한의 보건의료조직은 國家主導의 일사불란한 체계를 갖추고 있어서 거의 모든 자원이 국가의 지배하에 놓여 있고, 중앙 및 지방 행정기관에 의하여 직접 통제를 받도록 조직화되어 있다. 이에 따라 자원의 효율적 활용과 강력한 정책집행이 가능해지는 장점이 발휘될 수 있지만, 심한 중앙집권적 統制와 관료주의적 弊病으로 국민의 요구와는 거리가 먼 결과를 야기할 가능성이 크다. 실제로 북한의 보건의료수준이 그다지 높지 못하다는 사실은 전반적인 경제적 낙후성과 더불어 조직의 硬直性에서 비롯된다고 볼 수 있을 것이다.

4. 서비스 傳達體系

서비스 전달체계는 보건의료의 제공되는 과정을 포괄하는 것으로 흔히들 서비스 提共人力

의 專門化 정도와 사용하는 技術水準에 따라 1, 2, 3차 진료체제로 구분된다. 즉 의료기관의 기술수준에 따른 기능분담 및 협업관계의 설정과 診療圈 결정 등을 통하여 의료이용을 단계화함으로써 資源의 효율적 活用과 適定醫療利用을 기하도록 하는 제도이다.

남한에서는 全國民醫療保險과 더불어 자원활용의 효율성을 제고하기 위하여 의료전달체계를 도입, 이의 발전을 위하여 노력하고 있다. 현재로서는 의료전달체계가 診療部門에서만 실시될 뿐, 예방보건부문에서는 고려되지 않고 있다. 남한에서는 의료공급의 지역간 불균형 분포, 의료기관간 기능분담의 불명확, 의약분업의 미실시, 양·한방 의료의 분리 등이 의료전달체계상의 懸案이다. 그러나 의료기관간 경쟁으로 진료의 질이 높으며, 비교적 자유로운 醫師 선택권이 보장된다는 점은 이용자의 만족도를 높이는 데 큰 역할을 하고 있다.

북한의 경우에는 의료자원의 국유화를 바탕으로 의료전달체계를 구축하고 있다. 따라서 시설의 지역간 분포가 균형적이며, 醫師擔當區域制를 중심으로 진료가 행해지고 衛生防疫體系가 조직되어 예방과 치료사업을 별도로 구분함이 없이 시행해 나가고 있으며, 동의학과 양의학을 통합관리하고 있다. 그러나 양의사의

사회적 지위가 동의사보다 높은 것으로 알려져 있어서, 의학대학 입학생들은 동의학부에 배정되는 것을 꺼려한다는 귀순 유학생들의 증언을 통하여 유추할 때, 통합수준은 그다지 높지 못함을 알 수 있다. 오히려 이러한 통합은 의료기기 생산의 낙후성과 의약품 부족현상을 한약재의 활용으로 대체하려는 실제적 필요에 기인한다고 볼 수 있다(玉城 素, 1992 : 118-119).

문제는 국민의 만족도라는 측면에서, 제도만으로는 판단할 수 없는 實相의 評價가 따라야 한다는 점이다. 북한의 경우 이론상으로는 체계적일지라도, 실제 이와같이 운영된다고 볼 수 없는 정황이 여러 곳에서 발견된다. 즉 후송의뢰증 없이 상급기관을 이용할 수 있는 환자의 수가 한정되어 있으며, 당 간부를 위한 特別施設이 존재하고, 의약품 공급의 절대부족으로 인하여 의료전달체계의 적용상 衡平性이 缺如되며, 「질병없는 里 만들기 운동」은 의료수요를 잠재화시키거나 억압할 소지가 있고, 醫師選擇權이 거의 없다는 등 현실적 문제점이 제기된다(<表 3> 참조).

그러므로 통일한국의 보건의료제도에서는 양체계의 현안을 충분히 감안하면서 국민의 實質的인 滿足도를 높이기 위한 서비스 전달체계가 모색되어야 할 것이다.

<表 3> 南北韓 醫療傳達體系의 比較

구 분	남	한
기본방침 예방의학	- 예방의학과 치료의학 분리 - 주로 공공의료 중심으로 발달	- 포괄적 의료서비스 제공 - 사회주의 의학이 곧 예방의학이라는 당 방침의 관철을 위해 위생선전운동 전개
진료지역의 결정	- 59개 의료보호구역과 8개 대진료권 및 140개 중진료권 운용	- 시·군 단위 진료권 (지역간 통행제한이 적용됨)
의사담당구역제	- 없음	- 주민수와 진료량 기준 - 의사담당구역제 채택(생애주기와 생활근거지에 따른 복수등록제 실시)
1차의료 접근방식	- 각급 의료기관(의원, 병원, 종합병원) 중심의 경쟁적 분담체제	- 기본전문과목(내과, 소아과, 산부인과) 중심의 팀웍 접근

<表 3> 계속

구 분	남	한	북	한
기능분담제	- 의료기관별 1, 2, 3차 환자의뢰제도		- 진료권내 상급병원제 (상·하급 병원간의 기능분담)	
왕진서비스	- 생활수준 향상에 따라 퇴조		- 주민에게 가장 접근된 의료봉사의 하나로 규정, 장려	
한방의학	- 현대의학과 한방의학의 분립체제 (협진체제의 모색)		- 동의학과 신의학의 배합 및 결합 (도에 동의병원, 시·군·리단위에 동의과 설치)	
서비스의 일반적 특성	- 응급정보센터와 응급의료체계 운영 - 의사 자유선택권 보장 - 고도의 기술지향적 서비스 - 자본주의적 상품화(친절운동)		- 구급의료 봉사망의 구축 - 의사 자유선택권 박탈 - 의료기술수준의 낙후성 - 사회주의적 탈상품화(정성운동)	

5. 財源調達體系

보건의료체계의 구성요소인 보건의료자원, 조직 및 서비스 전달을 뒷받침하기 위해서는 所要財源이 필요하다. 일반적으로 자본주의 국가에서는 個人主義的 접근이 우세하지만, 오늘날에는 건강권을 국민의 권리로 인식하면서 점차 社會的 對應을 강조하고 있고, 사회주의 국가에서는 集合的 財源調達方式(collective financing)을 선호하고 있다.

따라서 남한에서는 초창기의 개인에 의한 재원조달 방식 위주에서 벗어나 사회보험방식에 의해 全國民 醫療保險制度를 시행하고 있으며, 북한에서는 초창기의 사회보험에 의한 재원조달 방식에서부터 국가재정에 의한 無償治療로 이행한 상태라고 하지만, <表 4>에서 보

듯이 주민의 부담이 전반적으로 그리고 완전히 없어진 것이 아니므로, 이는 오히려 정책적 슬로건으로서의 의미가 짙다고 볼 수 있다. 이와 같이 남북한은 재원조달에 관하여 상이한 역사적 발전과정을 거치면서 이질적 방식을 구축하고 있다.

남한의 사회보험에 의한 재원조달은 危險을 分散시킴으로써 개개인의 위험부담을 줄일 수 있다는 측면에서 사회적 연대의식을 통한 상호부조역할을 할 수 있으며, 나아가 계층간 공평부담을 통하여 所得再分配 기능을 실현시키고자 하는 방식임에 비하여 북한과 같이 政府財政에 의한 재원조달은 국민의 의료보장을 국가가 조달하는 방식이다. 이처럼 재원조달 방식은 남북한의 정치·경제체제와 맞물려 있는 과제이다.

<表 4> 南北韓 醫療財源 調達體系의 比較

구 분	남	한	북	한
접근방법	- 의료보험, 의료보호 및 산재보험으로 다원화		- 사회 서비스의 하나로 통합적 접근	
대표적 제도	- 전국민 의료보험제도		- 무상치료제	
주된 재원	- 보험료		- 국가재정	
보조 재원	- 일부 본인부담금 - 국가부담금 (공공의료 제공 및 醫保財政의 40%)		- 사회보장비(기본임금의 1% 공제) - 치료비(담당구역밖에서의 치료) - 약값(무직의 부양가족)	
GNP 대비 국민 의료비(1987)	- 약 5~6%		- 2% ¹⁾	

자료 : 1) Eberstadt and Banister(1992 : 61)

6. 報酬支拂體系

의료서비스에 대한 消費者 支拂方法과 供給者 補償方式은 의료제도의 골격을 이루는 주요 요소이다. 다양한 원천에 의하여 조달된 재원은 의료서비스 提供에 따른 보상수단으로 지불되며, 의사의 주된 就業形態가 자유개업, 민간 의료기관 봉직 또는 정부고용이냐에 따라, 그리고 醫療保障類型이 국가보건 서비스(national health service system : NHS)나, 또는 전국민 의료보험이냐에 따라 보수지불방식이 달라진다.

나름대로 장·단점을 지니고 있는 각 지불보상방식은 한 국가의 정치, 경제, 사회, 문화의 반영이며, 국가의 이념과 가치관에 부합되어야 한다. 이러한 관점에서 남북한의 의료비 조달 방식과 보상방식이 현저히 다른은 말할 나위가 없다. 그러나 이에 관한 북한자료가 거의 없어서 세부적 비교가 어렵다는 제약을 감안, 자본

주의와 사회주의 국가의 일반적 지불보상방식을 토대로 남북한의 실태를 비교한다. 먼저 生産性 側面에서 보면, 남한과 같은 診療行爲別 酬價制의 경우 의사가 이윤의 극대화를 도모할 수 있으므로 높은 생산성을 기대할 수 있지만 진료비가 고액인 반면, 북한처럼 俸給制 하에서는 최소한의 임무만 수행하면 되므로 생산성이 낮아지게 된다. 한편 質的 側面을 보면, 행위별 수가제 하에서는 의사가 고액의 과잉진료를 할 가능성이 증가하게 되므로 의료의 질은 높아지더라도, 醫療費가 지나치게 增加할 위험이 크다. 그러나 봉급제 하에서는 의사가 복잡한 진료를 기피하고 過少診療를 하기 쉬우므로 서비스의 질이 낮아지게 된다. 이외에도 의사와 환자의 관계, 의료인력 및 시설의 분포, 진료비 지불조직, 의료비 억제효과 등에서 양 방식은 상당한 차이가 있다(<表 5> 참조).

<表 5> 南北韓 醫療報酬 支拂體系의 比較

구 분	남	한	북	한
진료비 지불방식	- 진료행위별 수가제와 봉급제		- 봉급제와 예산제	
의사 생산성	- 높음		- 낮음	
의료의 질	- 높음		- 낮음	
의사·환자 관계	- 과잉진료 및 과다투약시 불신 초래, 그 외는 신뢰관계 유지가능		- 과소진료 및 과다 대기시 불신 초래, 그 외는 신뢰관계 형성가능	
의료인력 및 시설 분포	- 도시지역 편중		- 균형적 분포	
진료비 지불조직	- 421개 의료보험조합, 시·군·구 행정조직 및 산재사무소로 다원화		- 국영의료체제로 별도의 지불조직 미발달	
의료비 억제효과	- 비용 증가적		- 비용 억제적	

III. 保健醫療統合의 基本方向과 統一類型

1. 統合의 基本方向

본 연구에서는 남북한 보건의료 통합정책의 기본방향을 다음 세가지로 설정한다.

첫째, 남북한 주민의 健康權 保障과 보건의료에 관한 동등한 수혜권 보장을 통한 社會正義의 실현에 그 목적을 두고, 통일한국의 의료 보장제도와 보건의료체계를 확립해 나가는데 주안점을 둔다.

둘째, 自由民主主義 및 市場經濟體制를 지향한다는 정치·경제·사회 제도적인 대전제 하에

서 보건의료분야의 통합을 추진한다. 따라서 시장기능의 활성화를 도모함으로써 「自由開院醫」 제도가 유지되도록 한다.

셋째, 보건의료 서비스의 公益性을 감안하여 政府의 役割이 增大되도록 한다. 즉 보건의료 부문의 재원조달, 의료공급, 각종 규제, 정보제공, 정책결정 및 긴급구호기능 등과 관련하여 지금의 남한에서 보다 정부역할이 증강될 수 있도록 해야 할 것이다. 따라서 통일한국 정부의 보건의료부문 모습은 현재 북한의 강력한 國營醫療制度下의 정부형태와 民間醫療資源에 의 의존비율이 높은 남한정부의 中間形態를 지향한다.

2. 統一類型과 保健醫療統合

남북한 보건의료 통합방안을 설정하기 위해서는 통일이 언제 어떠한 방식으로 진행될 것인가를 검토해야 한다. 統一의 類型이나 時期에 관해서는 어떠한 예측도 根據가 不充分하지만, 현재 사회주의 국가의 붕괴와 시장경제체제로의 급속한 전환추세, 동서냉전의 해소 그리고 경제우선에 의한 개방화 경향 등에 따라 세계사와 남북관계 흐름이 새로운 국면을 맞고 있음을 고려할 때, 두가지 상황을 상정하여 준비방안을 마련하도록 한다.

먼저 한반도 통일의 기본원칙으로 제시된 「민족공동체 建設을 위한 3단계 統一方案」(1984 8·15 경축사)에 의하면, ①남북대화의 추진으로 신뢰회복을 도모해 나가는 가운데 남북회담과 교류협력확대 등에 기반한 「和解·協力 段階」를 통하여 사회경제공동체 형성의 토대를 마련하고, ②이를 바탕으로 남북의 공존번영과 민족사회의 동질화, 민족공동 생활권 형성 등을 추구하는 과도기적 체제인 「南北聯合段階」를 거쳐 정치적 통합여건이 성숙되면, ③한 민족 한 국가의 완전한 「民族共同體」를

수립한다는 구상이다. 따라서 보건의료제도의 통합과정도 이러한 3단계 통일의 기본축에 따라 「교류협력확대기」, 「제도조정기」 및 「발전적 통합기」로 구분하여 준비하도록 한다.

다음으로 이러한 기본원칙에도 불구하고 예기치 않은 순간 갑자기 統一이 닥쳐올 가능성에 대비할 때, 보건의료부문에서는 「응급과도기」, 「제도통합기」 및 「제도정착기」를 거쳐 완전한 통합에 이르게 된다고 가정하여 통합모형을 설계하였다.

IV. 漸進的 통일시 保健醫療制度 設計

1. 基本視角

점진적 단계적 통일의 기본원칙에 따라 보건의료제도 통합과정을 제시해 보면, 第1段階에서는 남북한의 동질성을 확보하기 위하여 보건의료부문의 교류협력확대를 증진함으로써 단일 보건의료제도 형성기반을 확립하며, 第2段階는 남북연합기를 통하여 「남북한 보건의료보장 협의회」를 구성하고, 남한과 북한이 각각의 제도를 개혁하여 相互接近시킴으로써 동질성이 증대되는 시기가 되도록 하며, 第3段階에서는 완전한 制度統合을 위하여 「남북한 보건의료보장 협의회」가 마련한 통합모형을 계획에 따라 집행함으로써 同質的 發展的 보건의료보장체제가 수립되도록 한다.

예정된 계획대로 統一이 진행되는 이 경우, 보건의료제도의 발전은 통일한국이 지향하는 總體的인 사회경제발전의 틀 안에서 추진됨으로써 順理的 전개과정을 거칠 것이나, 상호입장을 조정하는데 오랜 時間이 소요될 것이며, 합의가 이루어지기까지 상당한 葛藤을 극복해야 될 것이다.

2. 保健醫療統合方案

1) 交流協力擴大期

독일통일의 경험을 교훈으로 삼아 통일시 문제점과 부작용을 최소화시킬 필요성이 있는데, 이를 위해서는 남북한 의료제도 간의 이질성을 극복해서 통일한국의 여건에 합당한 제도를 개발하는데 총력을 기울여야 할 것이다. 따라서 경제교류와 협력이 확대되면, 보건의료분야에서도 人的 物的 交流를 확대시키는 것이 이질성 극복의 첫 단계가 될 것이다. 다른 나라의 경험에서 보더라도, 보건의료분야가 비교적 정치적인 요소에 덜 좌우될 수 있는 人道主義의 영역이라는 점에서 상호교류의 優先順位가 높을 것으로 판단되므로, 「통일원」 주도하에 「보건사회부」가 보건의료분야의 남북교류 확대계획을 수립토록 한다. 우선 인적교류를 시작해서 상호간의 문제점과 요구사항 및 협력이 가능한 부분 등을 파악한 후, 물적교류, 기술교류, 의학정보교류, 보건의료사업 지원계획 수립, 공동연구 지원 및 환자협력체제 등의 분야별 계획을 수립하여 교류에 임함이 바람직 할 것이다.

교류협력 사항을 구체적으로 들면, 첫째 인적 교류는 보건의료 전문가와 관련분야 학자들의 상호 방문을 필두로 하여, 각종 保健醫療人의 相互交換訪問으로 이어져야 할 것이다. 예를 들어 「남북한 주민들의 傷病實態, 의료이용 및 사망률에 관한 調查研究」를 공동으로 실시함으로써, 동 분야 전문가의 상호교류를 증진 시킴과 동시에 통합시 보건의료 計劃樹立에 基礎를 마련하는 일이 시급하다.

둘째, 인적 교류와 동시에 醫藥品 및 醫療裝備의 지원 역시 남북교류에 큰 기여를 할 수 있다고 보는데, 이는 북한에서 의약품과 의료

장비 부족이 현저하기 때문에 특히 절실하다. 남한으로서는 의약품에 관한 한 물자가 매우 풍부하기 때문에 주요 交易對象 품목으로 이를 내세울 수 있다. 그리고 이러한 접근은 人道主義的 차원에서도 매우 바람직하다고 생각된다.

셋째, 의료인력의 교류나 의약품, 의료시설 및 장비 등의 物的 交流는 남북한 간 의료기술상의 격차를 경감시키는데 기여할 것이며, 이러한 접근은 종국적으로 남북간의 異質感 克服에도 도움이 될 것이다. 의료기술의 격차를 점진적으로 해소하기 위해서는 民間醫療部門을 적극 활용할 필요가 있다.

즉 교류협력확대기에서는 인적, 물적 교류를 통하여, 남북한 保健醫療實態를 정확히 파악하며, 상호이해의 폭을 확대시키고 협력할 수 있는 영역을 찾는 시기가 된다. 기본적으로 북한측에서 要請하는 것을 남한에서 受容하는 태세로 임해야 할 것이고, 남한 측의 요청에 관해서도 북한이 수용하도록 하는 방향으로 끈기있게 接近해서 통일한국의 보건의료 기반을 형성하는데 기여해야 할 것이다.

2) 制度調整期

「交流協力段階」를 지나서 「南北聯合期」에 이르면 남북한 의료기관 간의 자매결연을 통하여 교류의 폭을 증대시킴과 동시에 의료기술 격차를 해소하는데 주력하는 한편, 남북한 현실에 적합한 보건의료제도를 공동으로 모색해 나가야 할 것이다. 즉 「남북 聯合期」에는 「交流協力擴大段階」에서 여건이 성숙되지 않아 시행하지 못했던 각종 사업들을 실시함으로써 남북한의 상호이해를 증진시키도록 한다.⁵⁾ 세계적으로 사회주의 국가들이 몰락하면서 사회주의 의료제도 역시 붕괴되고만 현실과 기존 北韓醫療體系를 그대로 유지하는 것이 불가능함을 설득

5) 특히 「南北韓 患者診療 協力體系」의 광범위한 실시로 그 예를 들 수 있다.

시켜, 북한제도의 開放을 점진적으로 유도한다. 이는 북한에서도 점차 확대하게 될 사유재산제의 실시로 인하여 완전한 국영의료제도가 이미 불가능한 상태에 접어들었음을 의미하므로, 시장경제체제 하에서의 적응력을 배양시켜 나아가도록 유도할 필요가 있다.

시장경제를 바탕으로 하는 민간주도형 의료체계를 유지하면서 사회보험방식을 구축하고 있는 남한 의료제도와 계획경제 하에서 사회주의적 보건의료체계를 유지해 온 북한 의료제도의 상호접점을 찾는 것이 어렵기는 하지만 불가능한 일은 결코 아닐 것이다. 北韓의 국영의료제도에서 민영화할 수 있는 부문은 民營化하는 방향으로 나아가게 하고, 南韓의 민간주도형 자본주의 의료제도에서 의료의 公益性을 提高시켜 나아가다면 양자 간의 이질성은 훨씬 줄어들게 된다. 예를 들면 북한에서는 「自由開院醫 제도」를 확립하도록 하고, 남한에서는 政府役割이 더욱 커지도록 의료제도를 개편하는 것이 된다. 중국과 베트남 등의 경험을 참고할 수 있을 것이다.

즉 남북한 보건의료 분야를 통합하는 것은 체제간의 이질적 이데올로기를 극복하고, 통일한국에서 살아갈 전체국민의 健康權을 보장하며 醫療正義를 실천하자는 것이다. 그러므로 통일한국의 현실에 알맞는 의료보장수준과 보

건의료체계를 수립하는 것이 통합의 궁극목표가 되어야 하며, 이를 달성하기 위해서는 다음 세 가지 수단을 동원해야 할 것으로 본다.

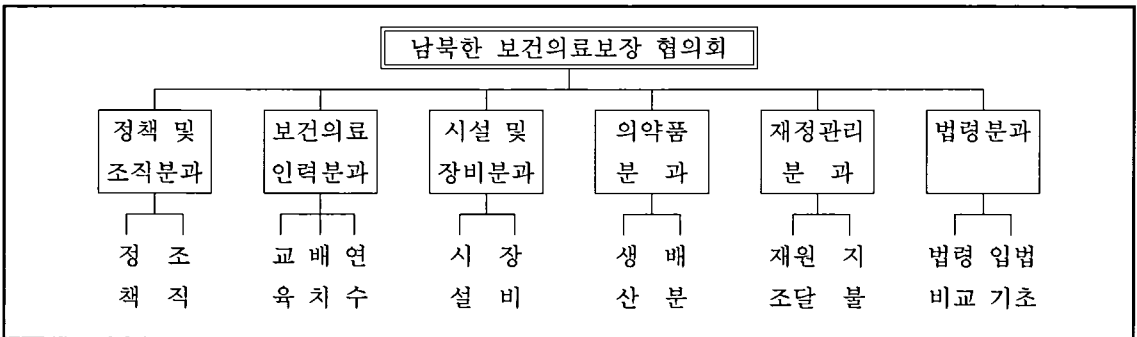
① 남북한의 보건의료 전문가들이 통일 보건의료제도 구축에 관한 共同研究를 수행하도록 한다.

② 「南北韓 保健醫療保障協議會」를 구성하여 현실적으로 적합한 정책방안을 숙의하도록 한다. 협의회 구성에는 책임있는 당국자 이외에도 보건의료 전문가, 민간단체 종사자 및 주민 대표들이 참가해야 할 것이며, 동 협의회 아래 분야별 전문분과를 두어 보건의료의 통합을 위한 구체적 활동을 분야별로 전개하도록 한다.

③ 협의회는 남북한 각각에서 정례적으로 「公開討論會」를 개최하여 民意의 수렴과정을 거치도록 하고, 상호간 이견의 폭을 좁혀서 협의회의 최종안을 마련하도록 한다.

(1) 「南北韓 保健醫療保障協議會」의 구성

남북한 각각 5인씩 총 10인으로 구성된 「남북한 보건의료보장협의회」를 구성한다([圖 2] 참조). 협의회의 구성은 보건사회부(또는 보건부) 차관을 회장으로 하고, 국립 보건연구원장, 의료인단체 대표 1인, 지방의회 대표 1인 및 유관부처 예산담당국장(예, 경제기획원) 등으로 한다.



[圖 2] 南北韓 保健醫療保障協議會의 構成

(2) 協議會의 기능

統一韓國의 현실에 알맞는 보건의료제도를 창안해 내기 위하여, 상호간의 입장과 이해관계를 조정하고, 협의회 조직을 지도 감독하며, 양측 정부를 대표하여 最終案 決定에 관한 權限을 행사하도록 한다. 즉 양측 정부는 동 협의회에 통일한국의 보건의료제도 구축에 관한 일체의 권한을 위임한다.

(3) 協議會 組織과 分科別 機能

남북한 보건의료보장 협의회 아래에 다음의 여섯가지 專門分科(정책 및 조직, 의료인력, 시설 및 장비, 의약품, 재정관리, 법령 분과)를 두어서 동 협의회의 諮問에 응하도록 한다. 각 전문분과는 약간 명(3~5명)의 전문가로 구성하되 「技術諮問委員會」의 성격을 띠게 될 것이다.

① 政策 및 組織分科 : 남북한의 기존 보건정책과 조직을 비교 검토한 후 통일 한국의 상황에 알맞는 보건의료관계 법령을 기초하고, 이를 실천하기에 적합한 조직 및 기구를 구상하도록 한다. 특히 정책 및 조직분과는 통일에 대비할 뿐 아니라, 2000년대 한국의 미래를 염두에 두고 전향적인 보건정책을 수립하도록 한다.

② 保健醫療人力分科 : 남북한 기존 의료인력의 교육, 배치 및 연수기능을 비교 검토한 후 통일한국의 상황에 알맞는 보건의료인력의 생산, 활용 및 관리에 관한 제 수단을 도출해 내도록 한다. 특히 북한에 면허제도를 도입하기 위한 준비를 한다.

③ 施設 및 裝備分科 : 남북한의 기존 의료시설 및 장비의 생산, 활용 및 관리에 관한 종합적인 비교 검토를 실시한 후, 통일한국의 상황에 알맞는 보건의료 시설과 장비의 적정배치 및 관리방안을 도출해 내도록 한다. 특히 남한의 경우에는 공공의료시설의 확충방안을 마련

하도록 하고, 북한에서는 진료소와 공설의원의 시설 확충방안을 모색한다.

④ 醫藥品分科 : 남북한의 기존 의약품 생산 및 유통체계를 비교 검토한 후, 통일한국의 상황에 알맞는 의약품 조달 및 관리방안을 도출해 내도록 한다. 특히 북한의 경우에는 동약의 과학화를 위한 연구기능을 현대화하는 방안을 수립하도록 한다.

⑤ 財政管理分科 : 남북한의 기존 재정관리체계를 비교 검토한 후, 통일한국의 상황에 알맞는 재원조달 방식과 의료비 지불방식을 개발하도록 한다. 특히 북한의 경우에는 사회보험제도의 도입방안을 도출해 내도록 한다.

⑥ 法令分科 : 남북한 기존 보건관련 법령을 비교 검토한 후, 통일한국의 상황에 적합한 통일 보건의료법령을 기초해 내도록 한다.

3) 發展의 統合期

「南北 統一期」인 발전적 통합기에서는 남북한의 이질성이 최대한 극복되면서 현실적으로 醫療保障水準의 隔差를 最小化시키며 市場經濟下에서의 適應力을 높여 나아갈 수 있는 체제가 구축되어야 할 것이고, 남북한의 여건에 알맞은 健康增進體系를 정착시켜 나아가야 할 것이다. 그러므로 동 단계에서는 「남북한 보건의료보장협의회」가 마련한 통합 보건의료 보장모형을 계획에 따라 집행하면서, 「南北 聯合期」에서 합의를 도출하는데 실패한 부문에 대하여 최종적으로 合意를 마련하도록 해야 할 것이다. 그리고 통일에 따른 부작용과 문제점을 最小化하도록 함과 동시에, 중국적으로는 현실에 적합한 保健醫療保障制度가 實施되도록 해야 할 것이다. 따라서 보건의료의 각 부문별로 統合模型에 관한 구상을 다음과 같이 논의한다.

(1) 保健管理 및 組織

— 중앙조직을 「保健部」로 하여 보건의료기능을 독립부처로 개편하는 방안을 구상하며, 「교육부」 소관의 대학병원 운영과 학교보건업무, 「노동부」 소관의 산업보건업무 및 「법무부」 소관의 교도소 관련 보건업무 등 일체의 보건업무를 「보건부」 산하로 통일한다. 왜냐하면 「制度調整期」를 거치면서 통합제도에 관한 협상시 政府機構의 改編이 논의될 수 있는데, 이때 남북간의 각종 쟁점사항 가운데 모든 부문에서 남한제도를 주장하기는 어려울 수 있음을 감안한다면, 보건부문에서는 현재 북한에서 처럼 「보건부」의 독립형태가 수용될 가능성을 배제하지 않으면서 논의하고자 한다. 근래 남한에서도 보건 환경부, 노동 사회부 등으로 유사한 부처가 통합되는 안이 논의되었던 것처럼 정부기구간 가변적 상황으로 볼 수 있기 때문이다.

— 시·도 수준의 보건조직은 광역 보건자치체가 이루어지도록 「市·道 保健委員會」 조직을

갖춘다. 만약 보건자치체가 여의치 않을 경우에는 시·도에 「保健局」을 설치한다.

— 시·군 수준의 보건조직도 기초 보건자치가 이루어지도록 「市·郡 保健委員會」 조직을 갖춘다. 만약 보건자치가 여의치 않을 경우에는 시·군에 「保健所」 조직을 설치한다. 그리고 북한의 「里 診療所」와 남한의 「邑·面 保健支所」가 동일한 수준에서 동일기능을 수행할 수 있도록 조정한다. 행정단위상 남한과 비교할 때, 북한에서는 「읍·면」 단위가 없는 대신 북한의 「리」는 남한의 「읍·면」과 「리」의 중간 정도 크기에 해당한다고 볼 수 있다. 따라서 남한의 읍·면 단위에 배치되어 있는 「보건지소」를 북한에 별도 설치하기보다는, 북한의 기존 진료소를 支所化하고, 오백지에는 남한과 같은 「보건진료소」를 新規로 설치하는 방안을 검토한다(<表 6> 참조).

— 이러한 과정에서 남한에서는 公共保健醫療 機能을 強化(보건소 및 보건지소의 진료기능 강화)하도록 하며, 북한에서는 「自由開院醫制度」를 도입토록 한다.

<表 6> 南北韓의 現行 區·市·郡 단위 保健組織 比較

남		북		비 고
구·시·군	보건소 ¹⁾ (행정, 예방)	시·군	병원(진료, 행정, 예방)	
읍·면	지소	리	리 진료소 (MD담당)	남한의 읍·면 단위에 해당하는 지소를 북한에 새로 만들기보다, 북한의 리 진료소를 읍·면 지소화하고, 오백지에 보건진료소를 만드는 방안을 고려함. 이 경우 CHP를 배치하는 방안과 기존의 북한 중등보건일꾼을 재교육시켜 배치하는 방안을 검토하도록 함
리	보건진료소 (CHP담당)			

주: 1) 「보건의료원」으로 변경된 군 보건소는 전목과목별 진료기능을 가짐

— 醫療保障組織은 남한의 「의료보험조직」를 도입하여, 현행 南韓 醫療保障組織의 골격을 維持하도록 한다. 이에 따라 북한지역에 「직장 의료보험조합」을 설립하고, 「공무원 및 사립학

교 교직원 의료보험관리공단」에 가입되어야 할 대상은 동 조직에 편입될 수 있도록 북한지역에 지부를 설립한다. 그런데 북한에 설립될 「지역 의료보험조합」의 경우 통합초기에는 자

영 근로자의 수가 적기 때문에 그 규모가 무시할 정도일 것으로 예상되나, 이후 토지개혁 등을 통하여 북한에서도 자영업자가 늘어나게 되면 동 조합 적용대상자가 점차 증가하게 될 것이다. 특히 농어민들의 경우에는 향후의 발전을 고려하여 全國單位的 「農漁業者 醫療保險組 合」을 설립하는 방안을 검토한다. 이와 관련하여 현재 남한의 「의료보험연합회」 기능을 활성화하여 제도발전, 교육홍보, 直營 保健醫療施設 運營 및 共同事業⁶⁾의 추진을 꾀한다.

－ 「醫療保護制度」를 시·군에서 운영하면서, 저소득층에 대한 보건의료 혜택을 제공하도록 하며, 「장애자를 위한 보건의료사업」도 이에 포함되도록 한다.

－ 「民間 保健醫療組織」(의학협회, 병원협회, 결핵협회, 가족계획협회 등)은 기존의 남한 조직을 근간으로 하되, 북한의 상응하는 조직을 흡수/합병하여 北韓地域에 支部를 조직 운영하면서, 민간차원에서 수행할 수 있는 보건의료사업의 활성화를 조장한다.

(2) 保健醫療資源

① 인력

－ 학제개편을 통하여 보건인력양성에 관련된 교육부문을 통합적으로 운영하는 가칭 「保健科學 綜合大學 制度」(the University of Health Sciences)를 신설한다. 이를 위해서는 「教育部」와의 협의가 선행되도록 하여, 보건의료인력 교육을 「保健部」 산하로 통합한다. 그리고 이러한 제도는 국립대학이 선도적 위치에

서 시행토록 함으로써 타 대학에서도 점차 이를 수용하는 방향으로 권장해 나아가야 할 것이다.⁷⁾

－ 의료인력의 연수교육을 강화하기 위하여 시·도 단위에 「保健人力研修院」을 설립하며, 남북한 의료기관 간에 자매결연을 촉진하여 의료기술의 격차를 점차 경감시켜 나간다. 이는 교류협력단계에서부터 시작하여 현재 남한에서 의료기관을 운영하고 있는 북한출신 의료인들이 자발적으로 고향의 보건의료인들을 초청하여 연수를 실시하는 등 民間次元的 積極적 參與를 권장한다.

－ 북한에서도 의료인의 「國家考試制」와 「免許制度」를 도입하고 「專門醫制度」를 시행함으로써 의료인의 자격을 엄격하게 규제하고, 의료인의 자질을 향상시키도록 한다.

② 施設

－ 북한 의료시설의 건립과 낙후된 시설의 현대화를 위해서는 절대적으로 재원이 부족하기 때문에 가능한 모든 재원이 개발되어야 한다. 이 경우 租稅에 의한 방식보다는 保險者로부터 시설건립에 소요되는 비용을 엄출하는 방안이 우선적으로 고려될 수 있으므로, 「保險者 直營의 現代적 醫療施設」이 보험재정 공동사업으로 북한지역에 건립되도록 한다.

－ 이와 더불어 공공 및 민간자원의 조직적 투입과 함께 자선적 의미의 「篤志家 誘致」가 이루어지도록 한다.

③ 裝備 및 衛生機資材

－ 기초 및 최신 장비의 대폭적 지원과 더불어

6) 보험자 직영시설 운영에 필요한 자금지원, 고액진료비 문제, 노인보건 문제, 적자 보험조합에 대한 재정 지원 등을 들 수 있다.

7) 이러한 제도의 시행은 현재 남한에서와 같이 독립 단과대학체제로 인하여 야기될 수 있는 폐단을 지양하는 효과를 거둘 것으로 예상되는데, 남한의 제도는 분야별로 독립적이며 전문적으로 발전할 수 있는 장점이 있는 반면, 상호배타적이며 각각의 전문성에 관한 이해가 부족한 일면이 있는 등의 단점이 공존하고 있다.

어 사후관리가 철저히 이루어지도록 하며, 북한에 있는 기존의 의료장비 생산시설도 현대화될 수 있도록 지원한다.

④ 醫藥品

－ 북한의 기존 동약사업을 지원하여 동의학의 현대화를 도모하도록 함과 동시에, 남한에서도 그간 북한이 동의학 분야에서 이룩한 업적을 활용할 수 있도록 한다.

－ 현재 남한에는 많은 제약회사가 있으므로, 제약업계의 적극적 참여를 통하여 북한에 대한 醫藥品 支援이 충분히 이루어지도록 한다. 약품유통과 관련, 「都賣商制度」를 도입하여 북한의 약국에 의약품이 원활히 供給되도록 한다.

(3) 서비스 傳達體系

－ 북한식 無償治療制의 골격을 점차 有償治療制로 전환시킨다. 이 때 공공부문의 1차 진료는 민간부문보다 저렴하게 제공되도록 공공자원에 대한 투자를 증가시키며, 民間部門의 1차 진료와 모든 2·3차 진료에 관해서는 有償治療制를 도입하도록 한다.

－ 북한의 醫師擔當區域制, 生涯週期別 건강관리제 및 複數登錄制⁸⁾의 기본이념을 수용하여, 건강관리가 체계적이고平生동안 지속적으로 이루어지도록 한다.

－ 진료권 제도의 도입을 위하여 행정 권역별로 남한에서와 같이 「大診療圈 및 中診療圈」을 설정한다. 남한에서의 진료권 운영에 관한 경험이 비록 그 역사가 짧고 한정되어 있지만, 우선 남한제도를 수용하는 방향으로 하고 추후 이를 보완토록 한다. 따라서 북한에서의 진료권은 다음과 같이 설정한다.

- － 1次診療：동일 중진료권내 모든 의료기관(예：리진료소, 의원, 병원급 의료기관) 이용
- － 2次診療：동일 대진료권내 타 중진료권에 속한 의료기관(예：병원급 의료기관)이용
- － 3次診療：평양의대병원, 적십자병원, 김만유병원, 봉화진료소, 평양산원 등의 특정 의료기관 이용

－ 남한과 마찬가지로 북한에서도 의무기록 및 검사결과와 送付體系를 확립함으로써 의료자원의 낭비를 방지한다. 북한에서는 환자후송시 이러한 체계가 구축되어 있다고는 하나, 통행제한 등으로 인하여 시·군 또는 도 경계를 넘기가 현실적으로 어려워 환자후송사례는 적을 것으로 여겨진다. 그러므로 이러한 제도가 효율적으로 운용되고 있다고 보기는 어렵기 때문에 동 체계의 확립을 도모하도록 한다.

－ 일반적으로 應急醫療體系의 확립에는 소요재원이 막대하게 요구되므로 경제 및 보건 의료의 상당한 수준으로 발전했을 때 비로소 정상적 운용이 가능한 것으로 알려져 있다. 현재 南韓의 응급의료체계도 아직 始作段階에 불과하다. 비록 우리가 알고 있는 정보가 제한적이기는 하지만 북한에서 현재 응급의료체계가 제대로 운영되고 있다고 기대하기는 어렵다. 이러한 여건을 참작하여 북한지역에서 응급의료체계를 구축함에 있어서는 救急診療隊로서 「129 구급대」 및 기존 「소방서 조직」 등을 활용함과 동시에, 「응급의료정보센터」를 설립하고, 기존의 「군진의료체계」 등도 이용토록 하여 점진적으로 발전시켜 나간다.

8) 「산업장」과 「거주지」에서 각각 등록 관리한다.

(4) 財源調達

- 재원조달의 규모는 보건의료 서비스의 범위와 질에 따라 좌우되겠지만, 그 재원은 「政府豫算」, 「醫療保險料」, 「本人負擔金」 및 「民間支援金」의 네 종류가 될 것이므로, 이를 다음과 같이 각출하고 활용하도록 한다.

- 政府豫算 : 의료시설 및 장비 등에 대한 투자와 저소득층의 의료보호지원에 활용한다. 보건사회관련 중앙정부예산 및 지방자체단체 예산의 일정비율을 할당한다.
- 醫療保險料 : 임금근로자는 「소득비례정률제」로 보험료를 각출하고, 자영근로자는 남한의 「5요소 방식」에 토대하여 정액제로 각출한다.
- 本人負擔金 : 외래의 경우에는 정액부담토록 하고, 입원의 경우는 총 진료비의 20%로 한다. 단, 무상치료대상은 본인 일부부담금을 면제한다. 본인부담금은 보험진료비에 충당하도록 한다.
- 民間部門 支援金 : 혈연, 지연, 학연 및 종교단체 등의 연계(의료선교활동)와 독지가 기부금 등 민간부문의 각종 지원금 출연이 활성화 되도록 장려한다.

(5) 支拂制度

- 북한의료인들은 오랫동안 봉급제 하에서 근무해 왔으므로, 이를 전격적으로 변경하기는 어렵다고 할 수 있다. 따라서 일정기간 동안 공공병원 및 리진료소 근무 의료인에 대하여 「俸給制」를 실시하도록 한다. 의료기관에 대해서는 선진 사회주의국가나 자본주의 국가의 공공부문에서 일반적으로 채택하고 있는 예산할당제(budget system)를 적용하는데, 구체적으로는 「入院日當 진료비」(per diem basis)와 「外來訪問當 진료비」(per visit basis) 기준방식을 채택한다. 이 경우 「입원건당 진료비」나 「외래건당 진료비」를 기준으로 하면 예산절감효과가 더욱 크지만, 각 건당 진료비 變異가 크기 때문에 이를 일률적으로 적용하는 데는 문제가 따를 것이기 때문이다.

- 自由開院醫를 의사담당구역제의 구역의사로 위촉토록 하며, 이 경우는 「人頭制」에 의한 지불방식을 택하되, 「能力別 支拂方式」⁹⁾을 가미하도록 한다.

- 民間病院에서는 外來診療의 경우 「定額制」로 하여 이를 환자와 보험조합으로부터 지불받도록 하며, 入院診療의 경우는 대체로 증상(중증, 중등증 및 경증별)에 따라 차등을 두고, 「日當診療費」를 채택하는 방안을 강구한다. 단 의료기술이 일정수준 이상으로 향상될 경우에는 「한국형 包括酬價制」(diagnosis related groups : K-DRG)를 도입한다.

9) 전문기술의 적용과 관련하여 「전문의」 자격증 소지여부, 훈련여부 등 자질과 능력에 따른 보상제를 시행한다.

<表 7> 漸進的 통일시 保健醫療 統合方案

교류협력 확대기	제도 조정기	발전적 통합기
<p>「통일원」 주도하에 「보건사회부」가 보건의료분야 남북교류 확대계획을 수립하여 교류에 임한다.</p> <p>1. 人的 交流 : 보건의료인 상호 공식방문통로 개설, 민간의료 단체간 학술모임 참여, 보건의료인 상호 고향방문 등</p> <p>2. 物的 交流 : 의약품 및 위생 기자재 지원, 동약재료수입, 남북합작 의료시설건립 등</p> <p>3. 技術 交流 : 기초의약품 생산 플랜트 수출, 특정전문가 초청, 파견 및 교환, 남북한 보건의료 세미나 개최, 의료기술관련 연수프로그램 신설 등</p> <p>4. 醫學情報 交流 : 교과서 및 학술잡지, 의료법령, 의료제도 및 의료기술 관련문헌, 의료관리기술정보 등</p> <p>5. 보건의료사업 지원계획수립 : 이북 5도청, 대한적십자사, 보건의료인 단체 및 기타 민간단체의 적극적 참여 유도</p> <p>6. 공동연구지원 : 상병 및 사망 실태조사, 의료비조사, 의료이용조사, 그외 보건분야 각종연구</p> <p>7. 患者診療 協力體系 樹立 : 난치병 환자 상호협력진료, 특수임상병리검사 실시, 첨단의료기술 지원협력 등</p>	<p>「保健醫療保障協議會」를 구성하여 남북한 현실에 적합한 보건의료제도 공동모색</p> <p>1. 協議會 機能 : 통일한국의 보건의료제도 창안을 위하여 양측 입장과 이해를 조정하고, 양측 정부를 대표하여 최종안 결정에 관한 권한행사</p> <p>2. 協議會 組織 : 6개 전문분과를 두며, 각 분과는 3~5명의 전문가로 구성하여 기술자문</p> <p>① 정책조직 분과 통일한국의 보건관계 법령을 토대로 2000년대의 미래상에 걸맞는 전향적 보건정책 수립 및 동 실천에 적합한 조직과 기구 구상</p> <p>② 보건의료인력 분과 통일한국의 상황에 적절한 인력생산, 활용 및 관리에 관한 제 수단 도출</p> <p>③ 시설장비 분과 통일한국의 보건의료시설과 장비의 적정배치 및 관리방안 도출</p> <p>④ 의약품 분과 통일한국의 의약품 조달 및 관리방안 도출</p> <p>⑤ 재정관리 분과 통일한국의 재원조달방식과 의료비 지불방식 개발</p> <p>⑥ 법령 분과 통일법령 기초</p>	<p>1. 管理 및 組織</p> <ul style="list-style-type: none"> - 중앙/지방 - 의료보호 - 의료보험 - 산재보험 - 민간단체 <p>2. 保健醫療資源</p> <ul style="list-style-type: none"> - 인력 <ul style="list-style-type: none"> · 보건인력연수원 건립 · 의료인 교류 · 면허제도 도입 · 전문의제도 도입 - 시설 <ul style="list-style-type: none"> · 기존시설 활용 · 민간부문협조체계 (독지가 유치 등) · 보험자 직영시설 건립 - 장비 및 위생기자재 지원 - 장비생산시설 현대화 - 의약품 지원 <p>3. 서비스 傳達體系</p> <ul style="list-style-type: none"> - 개원의 제도 도입 - 의사담당구역제 유지 - 생애주기별 건강관리제 유지 - 진료권제도 도입 - 의무기록 및 검사결과 송부 체계 확립 - 응급의료체계 발전 <p>4. 財源調達</p> <ul style="list-style-type: none"> - 유상치료제로 점진적 이행 - 의료보험 및 의료보호 제도에 관한 재원조달방안 확립 <p>5. 支拂制度</p> <ul style="list-style-type: none"> - 개원의 인두제 도입 - 시설근무의료인 봉급제 - 포괄수가제 도입

V. 急進的 統一時 保健醫療 制度 設計

1. 基本視角

예기치 않은 순간 갑자기 닥쳐올 수 있는 통일 가능성에 대비한 보건의료 통합방안에서는, 우선적으로 「應急救護機能」을 중심으로 하는 보건의료보장에 역점이 주어져야 할 것이다. 이 경우에는 통합의 모든 과정이 통일 후에 진행되므로 점진적 통합시와는 달리 교류협력이나 제도조정이 통일 전에 이루어지지 못함으로써 야기되는 문제를 긴급구호기능 강화를 통하여 보완토록 한다는 점이 특징적이다.

이와 같은 급진적 통일시 보건의료통합이 이루어지는 과정을 구분해 보면, 第1段階는 북한의 갑작스런 체제변화에 따라 기존의 북한제도가 원활히 작동되지 못하고 社會經濟的 混亂이 발생하는 시기로 보건의료보장은 주로 應急救護措置에 집중되어야 할 것이다. 第2段階는 갑작스럽게 직면한 혼란상황으로부터 탈피하여 남북한의 實質的 機能統合을 위한 제도통합을 시도해야 할 것이다. 第3段階는 통일한국 전역에 同質的 制度를 定着시켜 안정적으로 운영하는 단계로 특징지을 수 있다. 통독이후 약 5년이 가까워지고 있는 독일의 경우 아직도 통일후유증을 앓고 있음을 감안한다면, 급진적 통일시에도 제도안정에 이르기까지는 상당한 기간이 필요하다고 하겠다.

2. 保健醫療 統合方案

급진적 통일시 보건의료제도에 관한 통합과정은 언급한 3단계 즉 「應急過渡期」, 남북한의 實質的 機能統合을 위한 「制度統合期」, 통일한국 전역에 同質的 制度를 定着시켜 안정적으로 운영하는 「制度定着期」를 거치게 될 것이다.

그러나 이 모든 과정이 統一後에 진행됨으로써 야기될 수 있는 혼란상황을 막기 위하여 현재 제안되고 있는 경제·사회·행정을 短期的으로 北韓特區로서 分離運營하는 방안이 보건부에서도 적용될 수 있을 것이다. 이러한 과정을 거치게 된다 할지라도 급진적 통합시에는 점진적 경우와는 다소 다른 모습을 띠게 된다고 하겠다. 왜냐하면 점진적 통일시에는 화해협력기와 남북연합기를 통하여 동질성 확보와 통합모형을 공동모색함으로써 상호접점을 찾는 과정을 거치게 되지만, 급진적 경우에는 이러한 과정이 거의 排除됨으로써 南韓制度에 토대를 둔 제도통합 가능성이 크기 때문이다. 따라서 급진적 통일시 보건의료 통합은 전반적으로 다음과 같은 접근에 토대를 두고 이루어져야 할 것이다.

— 북한주민을 위한 「緊急 保護/防疫 支援」이 우선적으로 이루어지도록 한다.

응급구호단계 하에서는 ① 의약품 및 의료기기의 전폭적 지원을 통하여 일단 북한의 기존 보건의료체계가 종래와 같이 작동되도록 해야 할 것이며, 이와 더불어 ② 의사와 간호사 등 남한 보건의료인력의 파견도 병행되어야 할 것이다.

— 暫定的으로 기존의 北韓 保健醫療制度를 하부구조로서 당분간 유지한다.

북한에서 기존의 보건의료제도를 당분간 유지하도록 하는 조치를 취함으로써 ① 통합에 따른 부작용을 최소화하고, ② 독일에서처럼 동독의 의과대학생만을 제외한 의료인들이 대량 이동함으로써 야기된 동독의 「진료공백」과 같은 혼란의 재연을 방지하는 효과를 거둠과 동시에, ③ 급진적 통일로 야기된 「應急保護的」 보건의료에서부터, 남북한의 현실에 적합한

「制度基盤形成段階」를 거쳐, 통합모형이 실현되는 「保健醫療制度 定着段階」로 나아가는데 필요한 「時間的 確保」라는 효과를 기대할 수 있다.

－ 북한 의료인에 관한 免許制度를 도입한다.

통합시에는 남북한 의학기술 수준의 격차가 쟁점으로 부각될 가능성이 크다. 그러므로 북한 의료인의 질적 향상과 관련하여, ① 기존의 북한 의료인은 북한지역의 시·도 또는 비무장 지대(DMZ)에 건립될 교육훈련시설에서 일정 기간 연수/교육을 이수토록 하여 면허를 부여하는 방안을 모색한다. 동 제도를 실시함으로써 통일초기에는 북한 의료인의 남한 移動을 制限하는 효과와 북한의료체계의 전면적 崩壞를 防止하는 효과를 함께 거둘 수 있을 것으로 기대된다. 그리고 ② 북한 의학대학생들은 졸업 후 자격시험을 거친 후¹⁰⁾ 醫療人免許를 취득토록 한다.

－ 남한으로 이동하는 북한주민에게는 「緊急 保護令」에 의하여 서비스를 제공한다.

「긴급구호령」을 제정하여, 현재 월남 귀순자에 적용되고 있는 제도(의료보호 1종)에 준하는 醫療保護對策¹¹⁾을 광범위하게 시행하고, 보건소, 보건지소, 보건진료소 및 시도립병원 등 공공 보건의료기관에서는 북한인 無料診療를 시행한다. 그리고 일단 「수용소」에서 생활하게 될 대다수의 북한주민을 위하여, 民間部門에서는 「적십자진료단」, 「자원의료봉사단」(「대한의학협회」나 「의과대학생연합회」가 주관) 및 「여의사 봉사단」 등을 조직하여 서비스를 제공토

록 하며, 公共部門에서는 국가예산을 지원하여 수용소 주위의 시도립병원, 보건소, 보건지소 및 보건진료소 등에서 서비스를 제공한다. 한편 소수로 예상되지만 개인의 경력/능력이 인정되어 雇傭되는 북한 住民은 「직장/공교 의료보험」의 적용을 받도록 하며, 친지에게 의탁할 경우에는 「지역의료보험」에서 특별조치를 취하여 이의 적용을 받도록 한다. 의료보험에 관한 특별조치 내용으로는 기존의 「醫療保險積立金」을 放出토록 하거나 북한주민에 대한 지역보험료의 특별인하 등이 적용되도록 한다.

그러므로 통일이 급격히 일어날 경우에는 緊急救護의 특성이 강조되는 접근원칙에 토대를 두고 북한 주민을 위하여 적절한 보건의료 서비스가 제공되도록 하면서, 다음의 틀에 준하여 保健醫療 統合模型이 구축되도록 한다.

1) 保健管理 및 組織

－ 북한 중앙조직의 붕괴 후에는, 보건의료 전반에 관한 업무를 남한의 「保健社會部」가 관장토록 하며, 「교육부」에서는 학교보건 업무를, 「노동부」에서는 산업보건 업무를, 그리고 「법무부」에서는 교도소관련 보건업무를 관장토록 한다.

－ 시·도 조직은 북한의 기존 「보건국」을 현재 남한과 같이 「保健社會局」으로 개편토록 한다.

－ 구·시·군 조직개편에서는 북한의 「里診療所」와 남한의 「邑·面 保健支所」가 동일한 수준에서 동일기능을 수행할 수 있도록 조정하며, 북한의 오·벽지에는 「보건진료소」를 설치하도록 한다. 그리고 북한에서는 「자유개원의 제

10) 현재 북한에서는 졸업과 동시에 의사 자격이 부여된다.

11) 현재 남한에서는 세대당 재산 1,000만원의 월남 귀순자에 대하여 외래 및 입원 전액무료(동 비용은 의료보호기금에서 부담)의 보건의료 서비스를 제공한다(진료내용은 의료보험과 동일).

도」를 도입하고, 남한에서는 공공보건의료 기능을 대폭 강화한다.

－ 북한지역에는 자영업자의 수가 적다는 사실에 착안하여 피용자조합과 자영자조합의 구분없이 地域單位 醫療保險組織(조합)을 갖추어 나가되, 점차 농어민 등 자영자의 수가 증가하면 대형의 직종보험조합(예, 농어업자 조합)을 설립한다. 다만 통일한국의 여건하에서 보건소 조직과 의료보험조합의 통합 가능성에 대한 연구를 계속해 나가면서 합리적인 제도를 도출해 내도록 한다.

－ 醫療保護制度는 시·군에서 운영하면서 低所得層에 대한 보건의료 혜택을 제공하도록 하며, 障礙者를 위한 보건의료도 이에 포함시킨다.

－ 「산업재해 보상제도」는 「노동부」에서 관리하고, 「근로감독관」 제도를 도입하여 職業病 예방과 健康增進을 도모한다.

－ 통일한국에 알맞은 각종 民間 보건의료조직을 정비 또는 신설하고, 이의 활성화를 조장한다.

2) 保健醫療資源

－ 응급과도기에는 북한의 의학대학 체제(의학부, 위생학부, 동의학부, 약학부 등)를 유지토록 하지만, 이후 제도정착기에 이르면 교육양성제도에서는 학제개편을 통하여 의료인력의 統合管理를 시도한다. 제도정착기에 이르면 보건의료인력 양성에 관련된 교육부문을 통합적으로 운영하는 가칭 「保健科學 統合大學」 제도 도입방안을 고려한다. 인력의 기술수준 격차를 완화하기 위해서는 각 도 및 특별시 단위에 「保健人力研修院」을 설립하여, 북한 의료인의 자질 향상을 위한 보수/연수 교육을 실시한다. 그리고 民間次元에서도 의료기관 간 姉妹結緣을 촉진하여 의료인들의 기술 격차를 경감시키는데 일조가 되도록 한다.

－ 북한에서도 「醫療人 免許制度」 및 「專門

醫制度」를 도입한다.

－ 북한 의료시설의 건립과 현대화를 촉진하기 위하여 적극적으로 保險者直營 醫療施設을 건립해 나가고, 보험재정 공동사업으로 이를 지원한다. 이와 더불어 공공 및 민간자원의 투입을 유도하되 자선적 의미의 篤志가 담지하도록 조장해 나간다.

－ 기초 및 첨단 장비의 지원과 더불어 사후 관리가 철저히 이루어지도록 시설장비 관리 체계를 확립하며, 북한에 있는 기존의 기초 의료장비 생산시설을 현대화시킨다.

－ 북한의 동약생산 및 동의학 연구사업을 지원하여, 東藥과 東醫學의 현대화를 도모한다. 의약품의 유통을 원활하게 하기 위하여 유통체계를 확립한다.

3) 서비스 傳達體系

－ 응급과도기에는 公共部門의 1차 보건의료 서비스에 한하여 북한식 無償治療制 골격이 유지되도록 하고, 民間部門의 1차 진료와 모든 2·3차 진료에 관해서는 有償治療制를 도입하도록 한다. 그리고 제도통합기 이후에는 공공부분의 1차 보건의료서비스를 저렴한 유상 서비스로 전환한다.

－ 북한의 의사담당구역제, 生涯週期別 健康管理制의 기본개념을 수용하도록 한다.

－ 診療圈 개념과 醫療地域化 개념을 도입하여 의료자원의 활용도를 높임과 동시에 주민들의 의료 접근도를 향상시키도록 한다. 남북한을 통틀어서 새로운 진료권을 구축하도록 한다.

－ 應急醫療體系를 점진적으로 확립해 나가며, 의무기록과 검사결과의 송부체계를 갖추어서 중복검사를 방지하도록 한다.

4) 財源調達

－ 공공의료의 유지 및 확충을 위해서는 國

家財政에서의 投入增加가 불가결하다. 이는 주로 공공 의료시설의 확충과 응급과도기에 요구되는 무상치료제 및 의료보호사업에 대한 지원에 사용될 것이다. 특히 응급과도기에 기존의 북한식 無償治療制를 부분적으로 유지하는 방안은 <表 8>의 세 가지 중에서 선택토록 한다.

<表 8> 應急過渡期에 북한식 無償治療制의 部分的 維持를 위한 대안

각 대안별 내용	비 고
第 1 案 - 공공시설 : 무상 - 향후 민간시설 도입 시 : 의료보험 ¹⁾ 및 의료보호	- 민간시설 도입 이전까지 모든 서비스가 무상이므로, 재정부담이 과다할 것으로 추정됨
第 2 案 - 외래 : 무상 - 입원 : 의료보험 및 의료보호	- 저소득층의 중증환자가 입원진료를 받을 수 없는 문제가 발생할 것이며, 모든 사람이 외래진료에 집중될 가능성이 높음
第 3 案 - 1차 공공의료 : 무상 - 1차 민간의료 : 의료보험 - 2, 3차 의료 : 의료보험 및 의료보호	- <1, 2안>의 결합을 보완할 수 있으며 비용절감 효과가 크므로 정책대안이 될 수 있음

주 : 1) 통합시 북한 근로자가 종래 해오던 일에 계속 종사할 경우, 농수산분야는 그다지 문제가 많지 않을 것으로 간주되나, 제조업 분야는 열악한 북한경제 여건이 그대로 반영되어 동 분야 임금근로자의 본인부담금이 문제시 될 소지가 있음

- 임금근로자의 보험료는 「所得比例定率制」로 각출하고, 자영자는 기존의 「5요소 방식」 또는 기타 「정액제 방식」으로 각출한다.

- 외래진료의 경우에는 진료비 중에서 일정한 액을 본인이 부담하도록 하고, 입원진료의 경우에는 총 진료비의 20%를 부담하되, 무상치료 대상은 이에서 제외한다.

5) 支拂制度

- 북한의료인들이 오랫동안 봉급제 하에서 근무해 왔다는 점을 충분히 감안하여 一定期間 동안 공공병원, 리 진료소, 또는 보건소 조직에 근무하는 보건 의료인에 대하여는 俸給制를 실시하고, 이들 의료기관에 대한 예산지불 방식도 입원의 경우 「日當 診療費」로 하며, 외래의 경우에는 「訪問件當 診療費」를 기준으로 한다.

- 「自由開院醫」를 의사담당구역제의 구역의 사로 위촉하며, 이 경우 人頭制에 의한 지불방식을 채택하되, 자격증 소지자와 훈련여부에 따라 能力給 方式을 가미하도록 한다.

- 민간의료기관의 경우 외래진료는 「定額制」로, 입원진료는 증상에 따라 差等을 두고 「日當 診療費」를 적용하되, 첨단의료에 대하여는 진료행위별 수가제를 인정한다. 그리고 점차 韓國型 包括酬價制를 도입하는 방향으로 유도한다.

9) 전문기술적용과 관련하여 「전문의」 자격증 소지여부, 훈련여부 등 자질과 능력에 따른 보상제를 시행한다.

<表 9> 急進的 통일시 保健醫療 統合方案

	응급과도기	제도통합기	제도정착기
1. 管理 및 組織	- 중앙/지방 조직 - 의료보호 조직	- 의료보호 조직 - 산재보험 조직	- 관리 및 조직체계 확립
2. 保健醫療資源 - 인력 - 시설	- 북한 의학대학 체제의 유지 - 의료인 교류 - 북한의 기존시설 활용 - 의약품 지원 - 의료장비 및 위생 기자재 지원	- 보건인력연수원 건립 - 의료인 교류 - 면허제도 도입 - 전문의제도 도입 - 민간부문과의 협조체계 형성(독지가 유치 등) - 의약품 지원 - 의료장비 및 위생 기자재 지원	- 보건과학 종합대학 체제구축 - 면허제도 정착 - 전문의제도 정착 - 민간부문과의 지속적 협조유지 - 보험자 직영 보건의료 시설 건립 - 의약품 지원 - 의료장비 및 위생 기자재 지원 - 장비 및 생산시설의 현대화
3. 서비스 傳達體系	- 개원의제도 도입 - 의사담당구역제 도입 - 생애주기별 건강관리제 도입 - 의무기록 및 검사결과 송부체계 확립	- 개원의제도 시행 - 의사담당구역제 시행 - 생애주기별 건강관리제 시행 - 진료권제도 구축 - 의무기록 및 검사결과 송부체계 시행	- 개원의제도 확립 - 의사담당구역제 확립 - 생애주기별 건강관리제 확립 - 진료권제도 확립 - 의무기록 및 검사결과 송부체계 확립
4. 財源調達	- 부분적 무상치료제 유지 - 의료보호 재원조달방안 구축	- 부분적 무상치료제의 축소 - 의료보호 재원조달방안 구축(계속) - 의료보험 재원조달방안 구축	- 공공의료의 저렴한 공급기반 구축을 위한 재원도달체계 확립 - 의료보험 및 의료보호 재원조달체계 확립
5. 支拂制度	- 개원의 인두제 유지 - 시설근무 의료인 봉급제 유지	- 개원의 인두제 실시 - 시설근무 의료인 봉급제 지속여부 검토	- 개원의 인두제 확립 - 시설근무 의료인 지불방식 확립 - 포괄수가제 도입

VI. 要約 및 結論

통일한국에서의 보건의료보장제도를 구상하기 위하여, 民族共同體가 지향해야 할 保健醫療 保障政策의 基本方向—① 남북한 국민의 健康權 보장과 보건의료에 관한 동등한 수혜권 보장을 통한 社會正義 실현, ② 自由民主主義 및 市場經濟體制를 지향하는 보건 의료분야의 통합추진, ③ 보건의료의 公益性을 감안한 政府의 役割增大—을 설정하고 이를 토대로 통일유형에 따른 보건의료보장제도의 統合方案을 설계하였다.

1. 南北韓 保健醫療 統合方案

「민족공동체 建設을 위한 3段階 統一方案」에 따라 계획대로 통일이 진행되는 경우의 보건의료 통합과정을 예상해 보면, ①「交流協力擴大期」에는 남북간의 동질성을 확보하기 위해 인적, 물질 및 기술적 교류를 통하여 相互信賴와 協力を 增進시켜 통일 보건의료체제의 기반을 형성하고, ②「制度調整期」에는 남북한의 현실에 적합한 制度를 共同으로 摸索하는 시기로서 「南北韓 保健醫療保障協議會」를 구성하여 보건의료체제의 통합을 준비하며, ③「發展的 統合期」는 협의회가 준비한 統合模型을 計劃에 따라 집행하는 단계로서 통일한국에서의 同質의 이고 發展的인 保健醫療保障制度를 실시하도록 한다.

즉 점진적 단계적 통일시에는 남북한의 異質性을 최대한 克服하며, 현실적으로 의료보장 수준의 隔差를 最小化하고, 市場經濟下에서의 適應力을 높여 나갈 수 있는 체제가 구축되어야 하며, 남북한 여건에 알맞은 건강증진체제를 정착시켜 나아가는 전제하에 다음 計劃案을 수립하였다.

첫째, 保健管理 및 組織部門에서는 일체의

보건업무를 「保健部」 산하로 통일하며, 시·도 수준에서는 광역 보건자치제가 이루어지도록 「시·도 보건위원회」 조직을 갖추며, 시·군에서는 기초 보건자치제를 위하여 「시·군 보건위원회」 조직을 갖춘다. 만약 보건자치제가 여의치 않을 경우 시·도에 보건국과 시·군에 보건소를 설치한다. 그리고 北韓에서는 「自由開院醫 制度」를 도입하고, 南韓에서는 公共保健醫療 機能을 대폭 강화한다.

둘째, 保健醫療 資源部門에서는 학제개편을 통하여 「保健科學 綜合大學 制度」를 신설하고, 보건의료인력 교육을 「保健部」 산하로 통합하며, 인력연수교육을 위하여 「保健人力研修院」을 설립한다. 그리고 의료인의 國家考試制와 免許制度를 도입하여 의료인력의 자격을 엄격히 규제하고, 북한의료시설의 현대화를 위하여 적극적으로 保險者直營 醫療施設을 건립해 나아가며, 기술 및 첨단장비의 지원은 물론 시설장비 관리체제와 의약품의 원활한 유통체제를 확립하고, 동약과 동의학의 현대화를 도모한다.

셋째, 서비스 傳達體系에서는 기본적으로 1차 公共醫療는 저렴한 가격으로 제공하며, 診療圈과 醫療地域化 개념을 도입하여 의료자원의 활용도를 높이고, 주민들의 접근도를 향상시키며, 북한의 醫師擔當區域制와 生涯週期別 健康管理制를 수용하며, 남북한을 통틀어서 새로운 진료권을 구축한다.

넷째, 財源調達體系에서는 크게 정부예산, 의료보험료, 본인부담금 및 민간부문 지원금의 네 종류 財源이 활용될 수 있는데, 특히 공공의료의 유지 및 확충과 의료보호사업의 지원을 위해서는 國家財政의 投入增加가 불가결하다고 본다. 보험의 경우 임금근로자는 「所得比例定率制」로 각출하며, 입원진료는 총 진료비의 20%를 부담하는 등 남한 의료보장제도의 골격을 수용한다. 특히 보건의료부문 統一準備基金 造

成에 민간의 적극적 참여가 조장되도록 한다.

다섯째, 支拂制度에 관해서는 공공기관 근무 의료인의 경우 「俸給制」를 실시하며, 이들 기관에 대한 예산지불방식은 입원의 경우 「日當診療費」, 외래의 경우 「訪問件當診療費」를 기준으로 한다. 의사담당구역제의 담당의사로 위촉되는 자유개원의에 대해서는 人頭制를 실시하며, 입원진료는 症狀別로 差等化된 일당 진료비를 적용하되, 첨단의료에 대해서는 진료행위별 수가제를 인정하고, 점차 「韓國型 包括酬價制」를 도입하는 방향으로 유도한다.

한편 예기치 않은 순간 닥쳐올 수도 있는 急進的 統一의 경우에는 ① 북한 주민을 위한 緊急 救護/防疫 支援이 우선적으로 이루어지도록 하고, ② 暫定的으로는 기존의 북한 보건의료제도를 下部構造로서 당분간 維持하면서 북한 의료제계의 전면적 붕괴를 防止하도록 하며, ③ 북한의료인에 대한 免許制度를 도입하고, ④ 남한으로 이동하는 북한주민에 관해서는 「緊急救護令」에 의하여 보건의료 서비스를 제공한다는 데 토대를 두고 보건의료통합이 이루어지도록 한다.

이와 같이 급진적으로 보건의료통합이 추진되는 경우 保健醫療管理 및 組織을 위시한 보건의료제도 상의 많은 부문에서 거의 南韓의 基本骨格을 維持하는 방향으로 하여 이를 개편, 발전시켜 나아간다는 원칙이 적용되리라 예상된다. 구체적으로 말하자면, 북한지역에서도 「의료보험조합」이 조직되도록 하며, 북한 의료시설의 현대화를 위한 비용조달과 관련하여 保險者直營의 醫療施設이 건립되도록 한다. 이와 함께 「산업재해 보상제도」와 「의료보호제도」를 도입하도록 한다. 특히 「應急過渡期」에는 公共部分의 1차 보건의료 서비스에 한하여 無償治療制가 유지되도록 하되, 이후 1차 공공의료를 점차 저렴한 유상서비스로 전환한다.

북한의 「의사담당구역제」와 「생애주기별 건강관리제」의 기본개념을 수용하도록 하며, 「진료권」과 「의료지역화」 개념을 도입하여 의료자원의 活用度를 높이고, 주민들의 의료 接近度를 향상시키도록 하는데 주안점을 둔다.

2. 保健醫療統合에 대비한 政策課題

일반적으로 한 국가의 保健醫療 保障體系는 그 사회가 추구하는 가치체계 및 경제·사회적 제도와 밀접한 관계를 맺으면서 발전한다. 자유민주주의 체제의 南韓에서는 全國民 醫療保障體制下에 다원적 구조를 띠고 있는 自由企業型 보건의료제도가, 그리고 北韓에서는 無償治療制로 대변되는 「國營 保健醫療制度」가 발전되어 왔다. 따라서 남북한의 보건의료 보장체제는 많은 부분에서 상당한 차이를 보이고 있다. 이러한 차이와 이질적 요소들을 줄여 나가면서 향후 통일에 적극적으로 대비해 나가자면, 급진적 통일의 경우보다는 漸進的 統一時에 보다 發展的 統合을 이룰 수 있을 것이다. 그러므로 남북한 보건의료의 통합에 대비하기 위하여 현 단계에서는 다음과 같은 準備가 이루어져야 할 것이다.

첫째, 南韓의 보건의료 서비스에 관한 制度的 改善에 힘써야 한다. 남한의 보건의료제도는 다원주의적 의사결정구조를 가지고 있어 계층간 利害와 葛藤의 요소가 많지만, 住民參與의 보장과 각종 誘引制度開發로 이를 해소시켜 나가야 하며, 의료자원의 地域的 不均衡 분포, 洋·漢方醫療의 분리, 醫藥分業의 미실시, 豫防保健事業의 부실 등에 관한 단점을 補完하는 방안을 모색해야 한다.

둘째, 남북간 보건의료부문의 交流協力 활성화를 위한 적극적 지원이 이루어져야 한다. 남북한의 보건의료보장제도를 보다 정확하게 파악하고 발전방안을 모색할 수 있도록 각계 전

문가들이 모여 第3國에서의 공동세미나 개최, 공동연구 수행, 관련민간단체간 交流活性化 유도 등의 人的交流와 情報交流가 함께 이루어지도록 한다.

셋째, 保健醫療部門이 남북한의 정치, 경제부문에서의 통합전개양상에 수동적으로 따라갈 것이 아니라, 남북통일을 촉진하는 觸媒劑로서 能動的으로 작용하도록 해야 한다. 예컨대 남북한 患者診療協定을 체결하고, 비무장지대에 病院을 建立하여 통일 전후의 효율적이고 이상적인 의료기관의 운영을 도모한다든지, 노인이나 장애인 등 健康脆弱對象을 위한 공동사

무실과 회관 설치 등을 통하여 상호이해 증진을 도모하는 등의 보건의료통합을 촉진시키는 정책이 추진되어야 할 것이다.

넷째, 통일 후에 발생될 보건의료부문의 統合費用을 준비해 나아가야 한다. 통일 후 새로운 제도를 정착시켜 나가기 위해서는 많은 비용이 소요되는데, 통일독일의 발전을 가로막는 가장 중요한 요소가 바로 막대한 비용에 있음을 상기할 때, 보건의료부문에서도 이러한 통일비용을 체계적으로 推算하는 작업이 선행되어야 함은 물론 각종 재원을 활용한 保健醫療部門의 統一準備基金 설치에 힘써야 한다.

참 고 문 헌

문옥륜 외, 남북한 보건의료체계의 비교연구, 한국과학기술단체 총연합회, 1992.
변종화, 박인화, 서미경, 김만철, 남북한 보건의료제도 비교연구, 한국보건사회연구원, 1993.
연합통신, 독일통일의 명암 : 통독 3년이 우리에게 주는 교훈, 1993.
정경배, 문옥륜, 김진수, 박인화, 이상은, 남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합방안, 한국보건사회연구원, 1993.

통일원, 북한개요, 1992.
玉城 素, 北朝鮮 Q & A 100, 日本 東京 : 亞紀書房, 1992.
Eberstadt, Nicholas and Judith Banister, *The Population of North Korea*, Institute of East Asia Studies, Univ. of California, Berkeley, 1992.
WHO, *National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All*, Public Health Paper No 77, Geneva, 1984.

<Summary>

Policy Issues and Directions for the Integration of North and South Korean Health Care System

In-Hwa Park*·Ok Ryun Moon**

This study has attempted to figure the basic layout of an integrated health care system for the United Korea. A set of basic directions are employed for this task : ① The integrated system is supposed to guarantee an equal right to health care of all Koreans. ② The basic idea is to maintain the system of free standing solo medical practices in the market economy. ③ Roles of the united government are strengthened enough to provide adequate amount of health care through the modified financing and payment system.

In order to develop the masterplan, two alternative assumptions have been made : First, the unification will gradually be made through mutual communication and trades between the North and South Korea. Second, due to a collapse of the North Korean Regime, a rapid unification will occur all of a sudden in the near future. Two plans are developed accordingly.

In case of a gradual unification, it will take a rather long time to establish a integrated health care system. Because of remarkable differences in the health care system and ideology, a te-

dious negotiation process is anticipated. The entire process can be broken into the three stages, ① mutual integration stage, ② institutional adjustment stage, and ③ developmental integration stage.

The first stage will be concerned with increasing homogeneity and building credibility through the exchange of manpower, materials, and technology which will function as the foundation of a unified health care system.

The second stage will mostly be devoted to the operation of the North and South Health Care Security Council which is to consist of public authorities, health system specialists, NGOs and people's representatives. The idea of privatization needs to be introduced in the North and of decommercialization in the South. Obviously, the merit of preventive medicine as socialistic medicine and massive sanitary propaganda campaign needs to be maintained. The emphasis should be put on reducing the gaps in the level of health service and medical technology. The introduction of competition in the medical market is an indispensable component.

* Director, Div. for Health Policy, KIHASA

** Professor, School of Public Health, Seoul National University

Several options are recommended for the third stage development : The Ministry of Health rather than the Ministry of Health and Social Affairs and the local autonomous health care system at each province and county/city are organized. A system of private medical practice in the North and strengthening of public health sector in the South and modernization of traditional oriental medicine are recommended. The introduction of capitation payment coupled with the payment based on capability is another possibility for primary care physicians in the North. The DMZ should be used for building a medical training center and for hospitals for the care of the needy North Koreans. Finally, best cost estimates need to be made for developing a unified health care system.

In the case of a rapid unification due to the collapse of the North Korean Regime, an emergency relief system should be organized to meet the emerging needs of health services. For the time being, it will be necessary to maintain the North Korean health system as it now operates. This is simply to prevent disasters facing residents in the North Korea from going without health care at the time of need. However, preparatory measures will be needed to intro-

duce a licensing system and education system for health professionals, and to change the contents of professional education. Those migrants to the South should be eligible for the entitlement of emergency health services. A special emergency relief law needs to be enacted.

The following measures should accompany concomitantly : Like the case of East Germany, health insurance associations will be established in the North. These associations will be encouraged to construct medical facilities of their own from the surplus fund. This is to tackle the problems of health resources deficiency in the North. The Medical Care Assistance Program is also a necessity. It is recommendable to keep a free primary health care system at public facilities, apart from the paid services at private sources of care during an emergency relief period. But the existing concept of physician service district of the North needs to be adjusted to the health service district of the South. Private practitioners in the North would be allowed to serve as family physicians at the district. A simplified case payment system is recommended for both inpatient and outpatient care at the private medical sector.